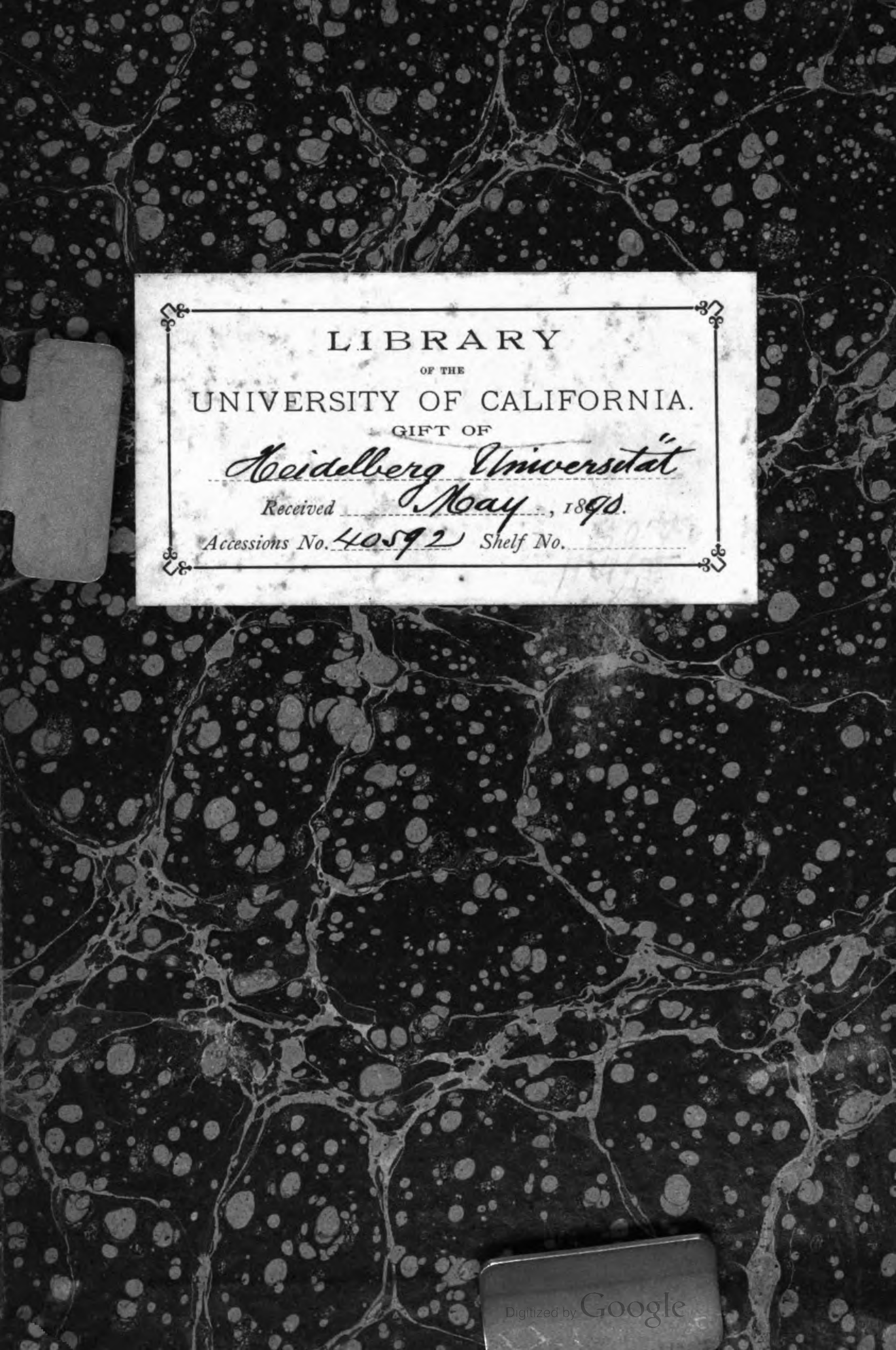

Google




LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF CALIFORNIA.
GIFT OF
Heidelberg Universität
Received May, 1890.
Accessions No. 40592 Shelf No.
Digitized by Google



UEBER MULTIPLE SYMMETRISCHE XANTHELASMEN UND LIPOME.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG

DER

MEDICINISCHEN DOCTORWÜRDE

EINER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

ZU HEIDELBERG

VORGELEGT VON

JULIUS EHRMANN

IN HEIDELBERG.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät in Heidelberg

Decan und Referent: Prof. V. CZERNY.

TÜBINGEN, 1889.

DRUCK VON HEINRICH LAUPP JR.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh.-Rat. Czerny, spreche ich hiermit für die Anregung zu dieser Arbeit sowie die Ueberlassung des Beobachtungsmaterials meinen wärmsten Dank aus.

Sonderabzug aus **Beiträge zur klinischen Chirurgie.** IV. Band. II. Heft.

Im Juli 1887 hatte ich in der Heidelberger chirurgischen Klinik Gelegenheit, 3 seltene Fälle multipler symmetrischer Geschwulstbildungen zu beobachten, nämlich zwei Fälle von Xanthelasma multiplex symmetricum und einen Fall von Lipoma multiplex symmetricum. Dabei erinnerte ich mich einer im Jahre 1885 hier gemachten Beobachtung von symmetrischen Lipomen und beim Durchblättern der Krankengeschichten fand ich drei weitere, ebenfalls noch nicht veröffentlichte Fälle von multiplen symmetrischen Fettgeschwülsten. Eine gemeinschaftliche Abhandlung dieser 7 Fälle dürfte sich nicht nur durch das bei allen in so auffallender Weise symmetrische Auftreten der Tumoren rechtfertigen lassen, sondern auch durch die dem Lipom und Xanthelasma in pathologisch-anatomischer wie klinischer Hinsicht eigenen verwandtschaftlichen Beziehungen.

Die Pathologie kennt eine ganze Reihe von Erscheinungen, deren symmetrisches Auftreten schon lange ein allgemeineres Interesse erregte. Hierher gehört bekanntlich die sog. „symmetrische Gangrän",

sowie die symmetrische Lokalisation zahlreicher Hautkrankheiten die sich nach O. Simon [1]) erklärt aus der symmetrischen Hautarchitectur, infolge deren alle bilateral korrespondirenden Stellen, die ja denselben Reichtum an Nerven, Gefässen, Follikeln, dieselben Spannungsverhältnisse, dieselbe Faserrichtung haben, also vermöge ihrer totalen Analogie in symmetrischer Weise reagieren, wenn ein allgemeiner schädlicher Einfluss, sei es von aussen oder von innen, die ganze Körperoberfläche trifft. Gleich Simon kam auch Mackenzie [2]) zu dem Schlusse, dass nicht nur Erkrankungen der Nerven für das symmetrische Auftreten von Hautkrankheiten verantwortlich gemacht werden können, sondern auch die Gleichmässigkeit der örtlichen Verhältnisse an symmetrischen Hautstellen eine Rolle spielt. Noch präziser spricht sich in dieser Hinsicht Pick [3]) aus: „Man vergisst so leicht, dass die Haut ein paariges Organ ist und dass bei ihrer symmetrischen Anordnung nur die homologen Hautstellen in ihrem gesamten architektonischen Aufbau sich homolog verhalten und auf gleiche Reize in gleicher Weise reagieren, während zwei nicht homologe Hautstellen schon wegen ihrer physiologischen und anatomischen Verschiedenheit auf denselben Reiz in verschiedener Weise antworten“.

Ich glaube, dass dieser Gedanke, wie er bezüglich der Hautkrankheiten in ganz gleicher Weise von Simon, Mackenzie und Pick ausgesprochen wurde, verdient, auch an die Spitze jeder Betrachtung über die Aetiologie der symmetrischen Geschwülste, die uns hier insbesondere interessieren, gestellt zu werden.

Wenn wir auch die Haut als paariges Organ betrachten, so gut wie z. B. Mammae, Ovarien, Nieren, so leuchtet auch sofort ein, dass wir doppelseitige Mamma- oder Ovarialtumoren durchaus nicht ohne weiteres als Analoga betrachten dürfen zu symmetrischen Tumoren, die in der Haut, dem subkutanen Fettgewebe, oder etwa in den Fascien, Muskeln und Knochen ihren Mutterboden haben. Es handelt sich hier offenbar um ganz anderswertige Prozesse von durchaus verschiedener ätiologischer Bedeutung. Denn wenn wir auch absehen davon, dass es sich oft nur um Geschwulstmetastasen

1) Lokalisation der Hautkrankheiten, Berlin 1873, b. Aug. Hirschwald.

2) Brit. med. Journal 1884. 29. Nov., ref. in Viertelj. f. Dermatol. XII. pag. 322.

3) Ueber Lokalisations-Tabellen bei Hautkrankheiten, von Prof. Pick. Viertelj. f. Derm. u. Syph. 1886, p. 405.

handeln möge, wenn wir einräumen, dass in einzelnen, jedenfalls sehr seltenen Fällen auch doppelseitige primäre Ovarial- und Mammacarcinome vorkommen mögen, oder wenn wir nur doppelseitige Mammahypertrophien, Mammafibrome, Ovarialcysten in Betracht ziehen, so ist doch klar, dass eben auch an diesen relativ kleinen Organen (gleich wie es oben von der Haut entwickelt wurde) nur homologe Stellen als wirklich symmetrisch betrachtet werden können, nicht aber irgend zwei anatomisch und physiologisch ungleichwertige Teile der doppelseitigen Organe und ebensowenig von diesen Teilen ausgehende Tumoren. Da wir aber nur äusserst selten in der Lage sein werden, in diesem Sinne genau symmetrische Mamma-, Ovarial-, Nierentumoren zu beobachten, so glaube ich, dass wir diese Fälle ausserhalb des Kreises unserer Betrachtungen lassen können.

Wenn wir demgemäss die letztgenannte Kategorie von Erkrankungen paariger Organe als nicht hierhergehörig betrachten, so wird das kasuistische Material symmetrischer Geschwülste auf ein relativ bescheidenes Mass reduziert; von sämtlichen Neubildungen scheinen nach der mir zu Gebote stehenden Litteratur gerade das Lipom und Xanthom, oder Fibroma lipomatodes, wie es Virchow [1]) nach seinem histologischen Bau genannt hat, am häufigsten diese symmetrische Verbreitungsweise dargeboten zu haben. Andere Geschwulstarten, mit Vorliebe wieder desmoide Tumoren, wurden nur sehr selten in symmetrischer Anordnung beobachtet; immerhin existieren einige Mitteilungen über symmetrische Angiome, Fibrome, Chondrome, Osteome und Dermatomyome.

So berichtet Laskarides [2]) über einen in der Strassburger chirurgischen Klinik beobachteten Fall von symmetrischen Angiomen bei einem 18-monatlichen Mädchen; beiderseits fand sich etwas oberhalb der Gegend der Kieferwinkel an genau symmetrisch gelegenen Stellen, ein hasel- bis wallnussgrosses Angiom, welches eine Mischform von Angioma simplex und cavernosum darstellte.

Mansurow [3]) liefert die Krankengeschichte eines Patienten mit Fibroma multiplex von ziemlich symmetrischer Lokalisation: Ueber 200 Geschwülste von der Grösse eines Hanfkornes bis zur Grösse einer Haselnuss befanden sich auf beiden Handrücken, in

1) Virchow, Ueber Xanthelasma multiplex. Sein Archiv Bd. 52. p. 504.
2) Ueber multiple symmetr. Lipome, Dissert. Strassb. 1878.
3) Sammlung klin. Beobachtg. Moskau. S. 32; Ref. in Virch.-Hirsch. 1886. II. p. 527.

der Gegend beider Ellenbogen, beider Kniee und des Gesässes. Bekanntlich sind die multiplen Fibrome der Haut, welche nach v. Recklinghausen aus den Bindegewebsscheiden der Nerven sich entwickeln, meist in ganz regelloser, asymmetrischer Weise bis zu mehreren Tausenden an Zahl über den ganzen Körper zerstreut.

Einen Fall von multiplen symmetrischen Hautmyomen haben Brigidi und Marcacci [1]) beschrieben: Bei einem 54jährigen Manne fanden sie beide Handrücken mit stecknadelkopf- bis erbsengrossen Knötchen bedeckt; einzelne waren flach wie der Kopf eines Nagels, andere linsenförmig, unempfindlich auf Druck und von rötlicher Farbe. Beide Fussrücken boten denselben Zustand dar. Die mikroskopische Untersuchung eines exstirpierten Knotens ergab, dass es sich um Leiomyome handelt.

Heymann [2]) hat eine interessante Mitteilung gemacht über multiple Exostosen, die fast alle von symmetrischen Stellen des Skelettsystemes ihren Ursprung nahmen.

Die Anamnese ergab, dass dieselbe Deformität des Skelettes bei 8 Personen der nächsten Verwandtschaft des Patienten und zwar in drei Generationen seiner Familie vorhanden gewesen war, bei seiner Mutter, seinen vier Brüdern und seinen drei Kindern. Es handelt sich also um die erbliche Uebertragung einer fehlerhaften Anlage des Knochensystemes. Heymann nimmt als eigentliche Ursache der Exostosen nach der Cohnheim'schen Theorie die Bildung eines überschüssigen embryonalen Gewebes an. Für diese Fälle von Exostosen an den Diaphysenenden der Knochen mag die Theorie vielleicht zu Recht bestehen.

1. Ueber symmetrische Xanthelasmen.

Die symmetrischen Xanthelasmen können nicht mehr in dem Masse, wie früher, zu den seltenen Erscheinungen gerechnet werden, da gerade in den letzten Jahren zahlreiche einschlägige Beobachtungen mitgeteilt worden sind. Die Kasuistik der Xanthelasmen überhaupt scheint eine sehr reichhaltige zu werden und damit auch derjenigen Formen, welche symmetrische Lokalisation darbieten, da in der Mehrzahl aller Fälle sich das auffällige Symptom der Symmetrie vorfand.

1) Ann. de Dermatol. III. p. 119. 1882, ref. in Schmidt's med. Jahrb.

2) Ein Beitrag zur Heredität seltener Geschwulstformen — multiple cartilaginäre Exostosen. Virch. Arch. CN. 1. p. 145. 1886.

Schon Rayer [1]), der zuerst diese Erkrankung beschrieben hat, betont das symmetrische Auftreten, indem er sagt, dass sich manchmal an den Augenlidern und deren Nachbarschaft gelbliche Plaques finden, welche „leicht vorspringend, weich, ohne Hitze und Röte zu verursachen, symmetrisch auf der Haut gelagert sind.“ In der That sind die Augenlider der häufigste Sitz dieser Affektion, wenigstens einer Form derselben, die in gelben Flecken auftritt, und die man als Xanthoma planum von der Knötchenform, dem Xanthoma tuberosum et tuberkulosum zu unterscheiden pflegt. Letzteres, welches in hanfkorn- bis bohnengrossen, oft konfluierenden Knoten sich zu entwickeln pflegt, tritt häufiger als an den Augenlidern an den übrigen Teilen des Gesichtes, am Rumpfe und an den Extremitäten auf, woselbst wieder Flachhand und Fusssohle, ferner die Gegenden der Gelenke, des Ellenbogen-, Knie- und Fussgelenkes, besondere Prädilektionsstellen repräsentieren. Auch jene sehr seltene Riesenform des Xanthelasma, die Chambard [2]) zuerst als Xanthelasma tuberosum bezeichnete, die von Besnier [3]) „Xanthome en tumeur“ genannt wurde, von der auch Carry [4]), Pönsgen [5]), Brachet und Monnart [6]) einige Beobachtungen mitteilten, tritt mit Vorliebe symmetrisch an den Gelenken auf und zwar in Form von nuss- bis hühnereigrossen, mehr subkutan gelegenen Geschwülsten, die häufig auf Periost, Sehnenscheiden und Sehnen selbst übergreifen.

Von dieser interessanten subkutanen xanthomatösen Geschwulstform, allerdings in Kombination mit der gewöhnlichen kutanen Knötchenform, kamen auch in der Heidelberger chirurg. Klinik zwei Fälle mit multipler symmetrischer Lokalisation zur Beobachtung, deren Krankengeschichten ich im folgenden wiedergebe. Zuvor will ich bemerken, dass die beiden Patienten Brüder sind, von denen der ältere schon einmal im Juli 1885 sich in der chirurgischen Klinik befand. Wie Pönsgen [7]), der über den damaligen Status eine kurze Mitteilung machte, bereits hervorhob, ist der ältere

---

1) Traité des malad. de la peau, Paris 1835, ref. von Schwimmer und Babes in Ziemss. Hdbch. XIV.

2) Du Xanthélasma et de la diathèse Xantha. Ann. de Derm. X.

3) Lecons sur les mal. de la peau par Kaposi: Trad. franc. Paris 1881. p. 213.

4) Contribution à l'étude du Xanthoma: Ann. de Dermat. I. p. 64. 1880.

5) Mitteilung eines seltenen Falles von Xanthelasma multiplex: Virch. Arch. 91. p. 350. 1883.

6) Ann. de Dermat. II. p. 659. 1881.

7) Weitere Mitteilung über X. multiplex. Virch. Arch. 102. p. 410.

Knabe ein Vetter eines von ihm früher beobachteten jugendlichen Patienten, Namens Klingmann, der ebenfalls mit multiplen symmetrischen Xanthelasmen behaftet war und den Gegenstand einer eingehenderen Untersuchung bildete [1]). Da ich nun in der Lage bin, über einen dritten und vierten in ein und derselben Familie sich findenden Fall von Xanthelasma zu berichten, dürfte die schon öfters betonte Heredität in der Aetiologie dieser seltenen Geschwülste eine wesentliche Stütze erfahren.

Erster Fall.

Wilhelm Lutz, 7jähriger Bauernsohn, aus Gauangelloch trat am 5. Juli 1887 in die Heidelberger chirurg. Klinik ein. Zwei Vettern und ein Bruder des Patienten leiden an der gleichen Krankheit, während die Eltern und 2 jüngere Geschwister vollständig gesund sind. Sowohl bei dem jüngeren Wilhelm L., wie bei seinem 9jährigen Bruder Bernhard, war der Beginn des Leidens erst im 5. Lebensjahre bemerkt worden (so dass immerhin mit der Möglichkeit zu rechnen ist, dass auch die 4jährige Schwester wie der 1jährige Bruder später ebenfalls an Xanthelasma erkranken). Wilhelm Lutz war vor einem Jahre an einem akuten Exanthem erkrankt, im Uebrigen stets gesund. Der Beginn des jetzigen Leidens soll sich vor 2 Jahren gezeigt haben, indem zuerst an der Haut der Gesässgegend gelbe, linsengrosse Flecke sich bildeten, die allmählich zur nunmehrigen Grösse angewachsen sind.

Der Knabe ist von ziemlich kräftigem Körperbau, frischer, gesunder Gesichtsfarbe, dunkelblondem Haar. Im rechten oberen Augenlid finden sich 2 gelbe Knötchen von Erbsengrösse, über denen die Haut sich ein wenig verschieben lässt. Dieselben sind mit dem Tarsus verwachsen, sind beim Umkehren des oberen Lides auch von innen zu sehen, indem jedes einzelne in Form mehrerer diskreter, nicht über die Konjunktiva palpebrarum prominierender Punkte durchscheint. Die beiden Knötchen sitzen $^1/_2$ cm vom Lidrand entfernt, unter einander in einer Distanz von 1 cm, ebenso weit vom äusseren wie inneren Augenwinkel. Eigentümlicher Weise ist an der Peripherie beider Corneae eine leichte Trübung vorhanden, wie wir sie sonst bei Greisen zu finden und als arcus senilis zu bezeichnen gewohnt sind. Am rechten Vorderarme hat sich 1 cm unterhalb des Olecranon im subkutanen Gewebe eine kleine Geschwulst entwickelt, über welche die sonst normale Haut etwas verdünnt und weniger gut verschieblich hinwegzieht; dieselbe ist etwas über 1 cm lang, nicht ganz so breit. An der entsprechenden Stelle links ist kein Tumor vorhanden. In der Glutaealgegend finden sich jederseits an ziem-

---

1) Pönsgen, s. o. Virch. Arch. 91.

lich symmetrischen Stellen 2 Geschwülstchen von intensiv gelber Farbe, in der Cutis gelegen, über dieselbe ziemlich prominierend; linkerseits ist die eine Geschwulst an der Grenze der Glutaealfalte gelegen, von 5-Pfennigstückgrösse, rundlicher Form, glatter Oberfläche, die nur an der Peripherie in feinen weissen Schüppchen desquamiert; die andere linksseitige Geschwulst ist mehr oval, 1 cm lang, ½ cm breit, von im allgemeinen gleicher Beschaffenheit, wie der erste Knoten, nur deutlicher durch seichte Einschnitte in 3 Felder gesondert; sie liegt 5 cm höher, 3 cm weiter lateralwärts als die erste Geschwulst. An der rechten Hinterbacke sind ebenfalls 2 gleich beschaffene Tumoren in der Cutis gelegen, doch auch leichte subkutane Verdickungen fühlbar; beide sind von 20-Pfennigstückgrösse, ockergelb, in Distanz von 1 cm, zwischen sich gesunde Haut lassend, gegen welche die Tumoren scharfrandig abschneiden. Auch über der rechten Tuberositas tibiae, etwas lateral vom ligamentum patellae propr. ist eine rundliche, subkutane Geschwulst von der Grösse der oben beschriebenen cutanen Tumoren zu palpieren; die Haut darüber ist normal, in Falten abhebbar. Beide tuberositates tib. scheinen ebenso wie die cristae ulnar. unterhalb des olecranon leicht exostotisch verdickt. Ferner finden sich oberhalb der beiderseitigen Calcanei, symmetrisch über der Insertion der Achillessehnen, subkutane Tumoren, über denen die Cutis sich intakt zeigt, und die sich weniger deutlich von der Umgebung abgrenzen lassen; offenbar sind sie mit den Achillessehnen verwachsen, denn sie machen deutlich fühlbar die Bewegungen derselben mit.

Auffallend ist an dem Knaben, dass er einen sehr aufgetriebenen Leib mit stark ausgedehnten Hautvenen hat, die als blaue Stränge netzförmig bis zur Brust hinaufziehen, wie man es sonst bei Behinderung des Pfortaderkreislaufes findet; indessen liess sich weder eine Lebererkrankung noch sonst irgendwelche Affektion der inneren Organe konstatieren.

Zweiter Fall.

Der 9jährige Bernhard Lutz aus Gauangelloch trat am 28. Juni 1887 zum zweiten Male ins Hospital ein [1]). Er ist der Bruder des oben erwähnten Wilhelm Lutz. Der Knabe war, abgesehen von einem vor 1 Jahre durchgemachten akuten Exanthem, nie erheblich erkrankt. Er bekam vor 4 Jahren an der Hand kleine, gelbe Geschwülste, die als unscheinbare Pünktchen nach Angabe der Mutter schon früher bestanden haben sollen. Vor 3 Jahren bildeten sich grössere, zirka wallnussgrosse Tumoren an beiden Fersen aus, welche dem Knaben beim Tragen der Fussbekleidung hinderlich waren. Juni 1885 wurden ihm dieselben ex-

1) Vergl. Pönsgen Virch. Arch. Bd. 102, p. 410.

stirpiert, der Knabe nach 3 wöchentlichem Aufenthalte in der Heidelberger chirurg. Klinik entlassen. Seitdem sind nicht nur an anderen Körperstellen neue Geschwülste aufgetreten, sondern es ist auch die Geschwulst an der rechten Ferse recidiviert. Patient ist auch jetzt nicht im Stande, Schuhe zu tragen, da sie zu stark und schmerzhaft drücken.

Der Knabe ist von etwas kleinem, aber kräftigem Körperbau. Die Augenlider, sonst Praedilectionsort der Xanthelasmen, sind frei. An den Schwimmhäuten beider Hände befinden sich, fast vollkommen symmetrisch, flache bis bohnengrosse, strohgelb gefärbte Geschwülste, welche auf der Unterlage verschieblich in der Cutis ihren Sitz haben, ohne die Bewegung der Finger irgendwie zu hemmen. Auf der Dorsalseite der linken Hand finden sich 4 Geschwülste, die erste an der Grenze zwischen Daumen und Zeigefinger von viereckiger, rhomboidaler Gestalt, die zweite an der Grenze von Zeige- und Mittelfinger von fast ovaler Gestalt, beide etwa 1,5 cm lang, 1 cm breit. Ferner finden sich an den Schwimmhäuten zwischen 3. und 4. Finger und ebenso zwischen 4. und 5. Finger zwei kleinere ovale Eruptionen von etwas weniger als 1 cm Länge, $^1/_2$ cm Breite. Alle diese Geschwülste sind in der Haut selbst gelegen, schmerzlos, nicht mit den Strecksehnen verwachsen. Das erste der linksseitigen Geschwülste zeigt an einzelnen Stellen der sonst gelben Oberfläche eine mehr mattrosa Färbung, was offenbar von stärkerer Gefässfüllung herrührt. Ueber dem Metacarpophalangealgelenk des linken Daumens und über dem Metacarpophalangealgelenk des linken Mittelfingers sitzen im subkutanen Gewebe 2 runde Geschwülstchen, offenbar mit den Strecksehnen verwachsen, ohne indessen die Beweglichkeit derselben irgendwie zu stören.

In der Haut über dem linken Handgelenk ist ebenfalls seit 1 Jahr ein kleines, linsengrosses, gelbes Knötchen entstanden. An den Schwimmhäuten der rechten Hand finden sich in genau symmetrischer Anordnung die gleichen Efflorescenzen wie links, nur dass sie an Grösse ein wenig differieren, und nur 3 an Zahl, indem der Zwischenfingerraum zwischen 3. und 4. Finger rechterseits frei ist von jeder Affektion.

Gleichzeitig (d. h. seit 1 Jahre) mit dem Knoten über dem linken Handgelenk traten am rechten Ellenbogen 2 Geschwülste auf, die symmetrische Lokalisation darbieten zu der einen viel grösseren linksseitigen Ellenbogengeschwulst; doch sind dieselben nur in der Haut gelagert, nicht auch subkutan wie die linksseitige. Die eine der rechtsseitigen Geschwülste sitzt genau über dem Olecranon, ist von intensiv röthlichgelber Farbe, während die zweite nur halb so gross über dem Epicondylus externus sich findet; die erstere misst 2,5 cm in der Länge, 1,5 cm in der Breite. Die Geschwulst am linken Ellenbogen, die zuerst vor allen anderen bereits vor 4 Jahren bemerkt wurde, wuchs langsam bis zu 5-Markstückgrösse, indem gleichzeitig unter der Haut eine mächtige Verdickung sich etablierte. An der äusseren Peripherie dieser Hauptgeschwulst, die der Tricepssehne fest aufsitzt, findet sich ein kleines

gelbes Knötchen. Auch in der Haut der linken Glutaealgegend ist eine runde 20-Pfennigstückgrosse Geschwulst von ockergelber Farbe gelegen. Unterhalb und oberhalb der rechten Patella finden sich 2 linsengrosse cutane gelbe Knötchen, so ziemlich einer Linie entsprechend, die dem Aussenrande der Patella entlang zieht, unter einander etwa 8 cm entfernt. Aber nur an der symmetrischen Stelle links unterhalb der Kniescheibe ist eine ähnliche Eruption zu konstatieren, und zwar in Gestalt zweier hart aneinander grenzender, der Tuberositas tibiae aufsitzender, ein wenig grösserer Geschwülstchen. Den beiden ligamenta patell. propr. sitzen, von normaler Haut bedeckt, beiderseits zirka haselnussgrosse Geschwülste fest auf. Ueber dem rechten Calcaneus findet sich eine mit der Achillessehne stark verwachsene taubeneigrosse Geschwulst, das Recidiv eines bereits vor zwei Jahren exstirpierten Xanthomknotens. Genau an der symmetrischen Stelle links ist eine diffuse Verdickung der Achillessehne fühlbar, die schon etwas gelb durchschimmert; doch ist die Haut selbst noch intakt, nur etwas derber und mit der subkutanen Geschwulst innig verwachsen; letztere machte alle Bewegungen der Achillessehne mit. An den beiden Tibiae finden sich leichte exostotische Auftreibungen.

Im übrigen ist der Knabe völlig gesund; von Ikterus, Diabetes . . . ist nichts nachzuweisen.

Dass es sich in der That in beiden Fällen um die als Xanthelasma bekannte Hauterkrankung handelt, konnte natürlich keinen Moment zweifehaft sein; die mikroskopische Untersuchung der excidierten Tumoren hat auch die Richtigkeit der klinischen Diagnose vollauf bestätigt. Am 30. Juni wurde bei dem älteren der beiden Brüder in Narkose die Exstirpation der über der rechten Achillessehne gelegenen Recidivgeschwulst, wie des am linken Ellenbogen befindlichen Tumors ausgeführt. Dieselben erwiesen sich nicht gegen die Unterlage abgekapselt, vielmehr war die Tumormasse zwischen die auseinandergedrängten Faserbündel der Achilles- wie der Tricepssehne hineingewachsen, so dass auf die vollkommene Entfernung derselben verzichtet werden musste, da man sonst die Kontinuität der Sehnen geopfert hätte. Von der über dem linken Olecranon befindlichen Geschwulst ging ein stielförmiger Fortsatz in die Tricepssehne. Da man erhebliche Geschwulstreste zurücklassen musste, ist die Gefahr des abermaligen Recidivs natürlich sehr nahe gerückt. Unter einem Sublimatverband war die Heilung bereits am 4. Juli anstandslos erfolgt. Von einer Entfernung sämtlicher Tumoren wurde selbstverständlich Abstand genommen, auch auf jede weitere Therapie als nutzlos verzichtet. Leider hatte ja

bis jetzt kein Arzneimittel, innerlich oder äusserlich angewendet, irgend welchen Erfolg bei Xanthelasma aufzuweisen.

Die exstirpierten Stücke liessen schon aus dem makroskopischen Aussehen mit ziemlicher Sicherheit vermuten, dass auch die subkutanen Geschwülste, die gleich der darüber befindlichen Haut intensiv gelb gefärbt waren, als Xanthelasmen, nicht etwa als Lipome oder Fibrome aufzufassen sein.

Eine chemische Analyse der Tumoren verdanke ich Herrn Dr. Mays im Heidelberger physiolog. Institut, von welchem s. Z. auch die Untersuchungen des Pönsgen'schen Falles ausgeführt wurden: Er konnte seine damaligen Angaben nur bestätigen, dass nur Fette und Fettsäuren, kein Tyrosin oder Lecithin darin enthalten.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurde ein Teil des frischen Präparates mit dem Gefriermikrotom gehärtet, mit Bismarkbraun gefärbt, durch mit Essigsäure versetztes Wasser ausgewaschen, und in physiologischer Kochsalzlösung untersucht; danach zeigte sich im Corium durch's ganze Gesichtsfeld des Mikroskopes massenhaft Fett, meist in Form kleiner Pünktchen, stellenweise allerdings auch in grösseren Tropfen zwischen den teils reticulär, teils mehr in Längsfibrillen mit eben solchen Zwischenräumen angeordneten Bindegewebszügen der Lederhaut. Jedoch lässt sich nicht mit Sicherheit konstatieren, ob die Safträume das Fett bergen, was für das Wahrscheinlichere dünkt, oder Zellen selbst Träger des Fettes sind. An einzelnen Stellen findet sich schwarzes Pigment in strahliger Anordnung. In den oberflächlichen Schichten der Lederhaut zeigt sich verhältnismässig wenig Fett; in den tieferen Schichten, die schon mehr der subkutanen Geschwulst als der darüber ziehenden Haut angehören, beginnt erst der grosse Fettreichtum:

Die Fetttröpfchen stehen hier denn auch ganz dicht gedrängt. Weitere Einsicht in den histologischen Bau der Tumoren gestattete erst die mikroskopische Untersuchung der mit Alkohol gehärteten und teils mit Alauncarmin, teils mit Hämatoxylin und Eosin gefärbten Präparate; es ergab sich durchweg als charakteristischer Befund das Vorhandensein grosser Zellen, welche in ganz diffuser Verbreitung, stellenweise in näherem Anschluss an Gefässe, aber nicht an sonstige Hautgebilde, Talg- oder Schweissdrüsen, angetroffen wurden.

Diese Zellen sind allerdings wieder von wechselnder Grösse: die grössten zeigten sich stets in den tieferen Teilen der Cutis, woselbst auch die Zellen die deutlichste gegenseitige Abgrenzung erkennen lassen, während in den oberflächlichen Teilen des Corium die Zellen kleiner und in ihren Contouren undeutlicher erscheinen. Auch die Form der Zellen ist eine wechselnde, bald runde, bald eckige, polyedrische, bald mehr spindelförmige. Ebenso variabel wie Form des Zellleibes ist die der

Kerne; es finden sich wohl ebenso zahlreich runde wie längsovale, teils auch spitzauslaufende Kerne, die allesamt von ziemlicher Grösse sind. Auch mehrkernige Zellen kommen in nicht geringer Anzahl vor. Ueberhaupt ist die ganze Neubildung ungemein kernreich. Zwischen den Zellkomplexen finden sich bald in grösserer, bald in geringerer Distanz Bindegewebszüge von ziemlicher Mächtigkeit, die sich feiner verzweigend ein Netzwerk zwischen die Geschwulstzellen einsenden. Es lässt sich auch eine deutliche Vermehrung der Gefässe konstatieren; in deren Umgebung findet sich meist eine kleinzellige Infiltration und Zellformen, die wie Uebergangsgebilde von gewöhnlichen Bindegewebszellen, in die typischen Geschwulstzellen aussehen. An einzelnen Stellen findet sich auch eine derartige Bindegewebswucherung, dass Aehnlichkeit mit Fibrom entsteht. Die Geschwulstzellen erstrecken sich bis an die Epidermis, die im ganzen normal, nur etwas verflacht erscheint und spärlichere Papillen aufweist. Vom subkutanen Zellgewebe ist fast nichts mehr nachweisbar, nur ganz vereinzelt finden sich noch spärliche Reste davon, einzelne Träubchen von Fettzellen, so dass eine Verdrängung derselben durch die Geschwulstelemente anzunehmen. Obwohl die grössten Formen der letzteren eine entfernte Aehnlichkeit mit Fettzellen aufweisen, haben sie doch nirgends den eigentümlich blasigen Bau, der den Fettzellen zukommt; vielmehr zeigen die Xanthelasmazellen durchweg eine etwas geringere Grösse, ihr Protoplasma ist leicht granuliert, die Kerne sind meist im Zentrum derselben befindlich, so dass an eine Umwandelung der einen in die anderen nicht zu denken.

An den mit Müller'scher Flüssigkeit und mit Alkohol gehärteten Präparaten (Doppelfärbung; Hämatoxylin-Eosin) lässt sich noch besser das netzförmig angeordnete, die grossen Xanthelasmazellen zwischen sich schliessende Bindegewebsstratum nachweisen; dasselbe ist ziemlich massig. Ausserdem fällt auf der grosse Gefässreichtum der Neubildung; im unmittelbaren Anschluss an die Gefässe findet sich wiederum mehr kleinzellige Infiltration; es handelt sich vielleicht um Jugendformen von Xanthelasmazellen, an welche unmittelbar die älteren, grossen Plasmazellen anschliessen. Ein Connex zwischen Gefässen und Xanthelasmazellen in dem Sinne, dass letztere in der Nachbarschaft ersterer gehäufter sich finden, ist unverkennbar. Die Gefässe sind quasi Centra einer Anzahl von Geschwulstelementen. Der Kernreichtum der Geschwulst erweist sich auch hier als ein sehr bedeutender. Eigentümlich ist ferner eine ziemlich starke, dunkelbraune Pigmentierung des Rete Malpighii. Auch die mit Osmiumsäure gehärteten Präparate lassen eine genauere Einsicht in das Verhalten des Fettes zu den Geschwulstzellen nicht zu, das Fett war durch die Härtungsagentien bereits überall extrahiert.

Jedenfalls geht aus der vergleichenden Betrachtung der frischen und gehärteten Präparate, von denen erstere durch den Fettreich-

tum, letztere durch die typischen, in ein Bindegewebsstratum eingebetteten Geschwulstzellen imponieren, zur Evidenz hervor, dass das Resultat unserer Untersuchungen in Uebereinstimmung ist mit dem derjenigen Autoren, welche das Xanthelasma als eine Neubildung bindegewebiger Natur ansehen. Dieser Anschauung, welche besonders durch Pavy[1]), Fagge[2]), Murchison[3]), Waldeyer[4]), Virchow[5]), Kaposi[6]), Chambard[7]), Pönsgen[8]) vertreten wird, steht die Ansicht Geber's und Simon's[9]) gegenüber, wonach der pathologische Prozess in einer hyperplastischen Entwickelung von Talgdrüsenzellen bestehen sollte. Letztere Auffassungsweise des Xanthelasma als einer Neubildung epithelialer Natur hat sich nach allen neueren Untersuchungen, über die sowohl von Touton[10]) als von Behrend[11]) ausführlichst referiert wird, als falsch erwiesen. Als charakteristischer Bestandteil des Xanthelasma ist die Xanthelasmazelle anzusehen, welche sich als solche erst nach Behandlung mit fettlösenden Reagentien zu erkennen gibt. Bezüglich der eigentlichen Natur des Xanthelasma dürfte heute als sicher feststehen, dass es sich bei demselben nicht um eine entzündliche, sondern um eine aus gewucherten Bindegewebszellen mit massenhafter Fetteinlagerung bestehende Neubildung handelt. Schon Waldeyer und Virchow haben darauf hingewiesen, dass es sich nicht um eine Fettdegeneration, sondern um eine Fettinfiltration handelt, und der von letzterem vorgeschlagene Name „des Fibroma lipomatodes“ dürfte wohl auch heute noch als zutreffend acceptiert werden.

Die Aetiologie des Xanthelasma ist noch in tiefes Dunkel gehüllt. Ohne mich in die jetzt noch nicht zu entscheidenden Streitfragen über den näheren Zusammenhang der häufigen Komplikationen, wie Icterus, Diabetes, Arthritis, Lebererkrankungen mit gleichzeitiger Xanthelasmabildung einzulassen, glaube ich in Anbe-

1) Guys Hospital Reports 1866.
2) Transact. of the Pathol. Society of London 1868; vol. XIX.
3) Transact. of the Pathol. Society XX.
4) Virch. Archiv, Bd. 52, p. 318.
5) Ebenda. Bd. 52, p. 504.
6) Hebra und Kaposi, Lehrb. der Hautkrankheiten.
7) Arch. de phys. 1879, pag. 641.
8) Virch. Arch. 91.
9) Viertelj. f. Dermat. u. Syph. 1872. III.
10) Ebenda. Bd. XII. p. 3.
11) Schmidts Jahrb. Bd. 206, 1885.

tracht des in meinen Fällen nachweislichen hereditären Verhältnisses auf das erbliche Moment ein besonderes Gewicht legen zu müssen. So hat auch Hutchinson[1]) mehrere Geschwister an Xanthelasma erkrankt gesehen, deren Grossmutter ebenfalls davon betroffen war. Church[2]) berichtet über 6 Glieder einer Familie, die mit Xanthelasma behaftet waren; Mackenzie[3]) macht eine Mitteilung, wonach sich Erkrankungen an Xanthelasma fanden bei zwei Brüdern, deren Schwester und dem Grossvater väterlicherseits; auch Startin's[4]) zwei Patienten mit Xanthom waren Geschwister. Schliesslich hat auch Eichhoff[5]) in zwei Generationen einer Familie Xanthelasmen beobachtet.

Dass die hereditäre Anlage für die Xanthombildung eine Rolle spielt, kann demnach nicht zweifelhaft sein. Das Komité, welches von der Londoner patholog. Gesellschaft zum Bericht über die oben citierten Fälle von Mackenzie und Startin gewählt wurde, kam ebenfalls zu dem Schlusse, dass eine hereditäre Anlage für die Xanthombildung bestehe, und dass das infantile Xanthom, obwohl histologisch mit dem im späteren Lebensalter erworbenen identisch, doch ätiologisch davon zu trennen sei, indem ersteres keine Beziehungen zu Lebererkrankungen habe, und nicht nur hereditär, sondern manchmal sogar kongenital sein könne, während $^4/_5$ der Fälle von Xanthoma multiplex, die nach der Pubertät auftreten, mit chronischem Icterus verbunden sei. Dass die Sonderung des im jugendlichen und höheren Alter zur Entwickelung gekommenen Xanthom seine Berechtigung hat, lässt sich nicht kurzweg bestreiten; doch dürften sich, bevor eine reichere Kasuistik existiert, die Unterscheidungsmerkmale noch nicht exakt feststellen lassen. Genanntes Komité hat nämlich auch den Satz ausgesprochen, dass beim infantilen Xanthelasma die Augenlider stets frei bleiben, was durch meinen ersten Fall als unrichtig erwiesen wird: der 7jährige Wilhelm Lutz hatte auch am rechten oberen Augenlid zwei Xantomknötchen. Die Zahl der bei Kindern beobachteten Xanthelasmafälle ist überhaupt noch eine sehr kleine: hierher gehören ein Fall Carrys, der ein 10jähriges Mädchen betraf, der Fall von Pöns-

1) Xanth palpebr. Clinical rep. etc. Medico-chirurg. Transact. Vol. LIV.

2) Bartol. Hospital. Rep. X.

3) Two cases of congenital Xanthelasma: Transact. of the pathol. Soc. London XXXIII. p. 370. 1883.

4) Transact. of the pathol. Soc. London XXXIII. p. 373. 1883.

5) Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 4, p. 52. 1883.

gen bei einem 12jährigen Knaben, die zwei Fälle Startins bei $5^1/_2$- resp. 6jährigen Geschwistern, die Beobachtung Eichhoffs bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde und die zwei oben beschriebenen Fälle aus der Heidelberger chirurg. Klinik bei 7- resp. 9jährigen Brüdern. In fast allen diesen Fällen war eine ausgesprochene Symmetrie der Tumoren vorhanden. Weitere Beobachtungen werden es vielleicht ermöglichen, in präziserer Weise das Xanthom des Kindesalters von dem der Erwachsenen abzugrenzen.

Von den zahlreichen Hypothesen, welche noch in Bezug auf die Pathogenese des Xanthelasma aufgestellt worden sind, hat die Waldeyer'sche [1]) von der Persistenz der sog. Plasmazellen noch am meisten für sich; „Diese Plasma- oder Fettbildungszellen, welche sich durch ihre rundliche Form, beträchtliche Grösse, ihren kleinen Kern und grossen Reichtum an grobkörnigem Protoplasma von den Bindegewebskörperchen auszeichnen und durch Aufnahme von Fettplasmapartickelchen die Bildung von Fettzellen herbeiführen, finden sich ausser im embryonalen Gewebe auch in späterer Periode namentlich zahlreich an den Prädilektionsstellen des Xanthelasma, speciell in der Haut der Augenlider, und in einem Wiedererwachen der Fähigkeit dieser in der Haut zurückgebliebenen Plasmazellen, sich mit Fetttröpfchen zu füllen, ohne wirkliche Fettzellen zu werden, soll nach Waldeyer die Ursache der Xanthombildung bestehen."

Wollen wir uns nach dieser Theorie die Symmetrie der Xanthelasmen erklären, so müssen wir eben einfach annehmen, dass diese Plasmazellen gerade an symmetrischen Stellen persistieren. Jedenfalls kann man sich mit einer derartigen Ansicht eher befreunden, als mit der willkürlichen Voraussetzung Hardaways [2]), dass dem Xanthom eine Allgemeinerkrankung zu Grunde liege, und dass bei Personen, welche an der sog. „xanthomatösen Diathese" leiden, unter dem Einfluss irgend welcher Irritation sich die Veränderungen an den betreffenden Stellen, wie beispielsweise an den Augenlidern, den Gelenken u. s. w. bilden; natürlich müsste nach dieser Hypothese die symmetrische Lokalisation der Xanthelasmen durch an symmetrischen Hautstellen wirkende Reize bedingt sein, eine Annahme, die natürlich nicht geringere Bedenken hat, als die Symmetrie kurzweg auf Nerveneinflüsse zu beziehen. Wir können uns

1) Waldeyer. Ueber Bindegewebszellen, Arch. f. mikrosk. Anat. XI.
2) St. Louis, Courses of Med. Oct. 1884.

nicht verhehlen, das symmetrische Auftreten der Xanthelasmen ist vorerst ebenso rätselhaft wie das anderer Geschwulstarten. —

2. Ueber symmetrische Lipome.

Viel seltener als die symmetrischen Xanthelasmen sind die symmetrischen Lipome; während bei ersteren das symmetrische Auftreten die Regel bildet, ist es bei den Lipomen eine sehr seltene Ausnahme. In den grossen Werken über Geschwülste von Virchow [1]), sowie in der Bearbeitung der Geschwulstlehre von Lücke [2]) wird der symmetrischen Lipome noch gar nicht Erwähnung gethan, möglich, dass man früher weniger sein Augenmerk auf diese Dinge gerichtet hat, als in den beiden letzten Decennien, wo man in dem landläufigen Bestreben, allen möglichen pathologischen Zuständen eine primäre Nervenerkrankung zu Grunde zu legen, auch mehr nach entsprechenden Fällen fahndet, die obiger Hypothese zur Stütze dienen könnten.

In der That verdient aber die Kasuistik der symmetrischen Lipome unser ganzes Interesse, da diese Fälle vielleicht dazu beitragen können, uns über die noch dunkle Aetiologie der Lipome überhaupt aufzuklären, ob sie kongenitalen, ob traumatischen Ursprunges sind. Möglich wäre es auch, dass wir die symmetrischen Lipome bezüglich ihrer Aetiologie scharf von den anderen trennen müssen, gerade sie für kongenitaler oder trophoneurotischer Natur, die asymmetrischen resp. solitären aber für traumatischen Ursprungs erklären müssen. Doch bevor ich mich darüber weiter verbreite, will ich die in der Litteratur vorgefundenen Fälle symmetrischer Lipome aufzählen und daran anschliessen die Krankengeschichten der in der Heidelberger chirurg. Klinik beobachteten 5 Fälle.

1. Bryk [3]) beobachtete bei einem 43jährigen Manne multiple Lipome, die sich innerhalb der letzten 4 Jahre entwickelt hatten. Der Hals war ringförmig von einer Geschwulst umgeben, die von vorn betrachtet dem Gesicht ein kolossales Doppelkinn verliehen hat; sie zerfiel durch eine in der vorderen und hinteren Medianlinie verlaufende Furche in 2 symmetrische Hälften und war ausserdem durch oberflächliche Einsenkungen in 3 Lappen gesondert. Die Haut über der Geschwulst war nur wenig

1) Die krankhaften Geschwülste. 1863.
2) Handbuch der Chirurgie, Pitha—Billroth. Bd. II. 1869.
3) Langenbeck's Archiv f. klin. Chir. XVII. p. 568.

verschiebbar, adhärierte stellenweise, insbesondere am Nacken fest mit der Geschwulst, welche sich durch Unbeweglichkeit und eine weiche, elastische Konsistenz kennzeichnete. Von den übrigen Lipomen befand sich an jedem Schulterblatt ein nahezu kindskopfgrosses, ebenso symmetrisch gelegen, je ein apfelgrosses Lipom unter dem Winkel der Scapula, je eines von derselben Grösse an der inneren Fläche des Oberarmes und je eines von spindelförmiger Gestalt an der Ulnarseite des Vorderarms. Auch in der Lumbalgegend befanden sich symmetrisch zu beiden Seiten der Wirbelsäule 2 gänseeigrosse, in der Regio epigastrica je eines zur Seite der linea alba zwischen Schwertfortsatz und Nabel, endlich auf jedem Oberschenkel je 2 spindelförmige lipomatöse Knoten. Die Halsgeschwulst musste, da sie dem Kranken Dysphagie und Atemnot und in der letzten Zeit während des Schlafes Erstickungsanfälle verursachte, teilweise exstirpiert werden.

2. Perotte[1]) fand bei einem Manne 43 Lipome an folgenden Stellen: Je eins auf jeder Seite des Unterkiefers von der Grösse einer kleinen Orange; je eines an der äusseren Fläche der Clavicula, von der nämlichen Grösse; in der vorderen Halsgegend je ein orangengrosses auf jeder Seite; ein unpaares in der Mitte. Auf jeder Brustdrüse oberhalb der Warze fand sich ein sehr grosses Lipom, je durch eine Medianfurche in 2 Teile getrennt. Zwei ähnliche Tumoren fanden sich unterhalb der Mammae, ferner je ein Lipom von Kindskopfgrösse auf jeder Seite des Hypogastrium; an der äusseren Partie des m. deltoideus und in der Achselhöhle sassen beiderseits 3 Tumoren; an der Aussenseite beider Oberschenkel je eins von halber Kindskopfgrösse und endlich fanden sich noch je 2 symmetrisch gelegene Lipome ober- und unterhalb der Pars mastoidea auf beiden Seiten; ausserdem fanden sich auf dem Rücken noch 11 Tumoren, von denen 10 symmetrisch zu beiden Seiten der Wirbelsäule gruppiert waren, während der elfte auf dem Kreuzbein sass.

3. Sédillot[2]) beobachtete bei einem Manne seit 7 Jahre bestehende Lipome, die sich wie eine Kette von Tumoren rings um den Hals gelegt hatten. Der Umfang des Halses des Kranken beträgt 86 cm; auf der Rückseite des Halses befindet sich in der Medianlinie eine Furche, welche 2 ziemlich gut isolierte, orangengrosse Tumoren von einander trennt; unterhalb derselben befindet sich ein dritter, der transversal gelagert, aus mehreren kleinen übereinander liegenden Tumoren sich zusammensetzte; auf den seitlichen Partieen des Halses und vorn befinden sich Tumoren von lappigem Bau; nach oben verdecken die Lipome den Rand des Unterkiefers und unten berühren sie das Sternum und die Clavicula, über welche sie herabhängen. Auch das subkutane Fettgewebe über den

1) Thèse de Paris 1857 du Lipom Nr. 44, ref. von Laskarides s. o.
2) Gazette des hospitanx 1863. Nr. 22, ref. von Laskarides s. o.

Schulterblättern ist hypertrophiert und bildet einen diffusen Tumor. Sämmtliche Lipome wurden exstirpiert.

4. Laskarides[1]) referiert über einen Fall, bei dem sich 12 Lipome, 6 auf jeder Seite des Körpers fanden. Vier symmetrische Lipome sassen in der Regio cervicalis und auf jeder Glandula thyreoidea, 2 sehr grosse in der Regio hypogastrica, links und rechts von der Medianlinie symmetrisch gelegen; ferner lagen 2 kleine auf der Rückseite in der Regio lumbalis und 2 andere am Uebergange in die Regio sacralis.

5. Lücke[2]) beobachtete symmetrische, wallnussgrosse Lipome der Regio mastoidea bei einem 38jährigen Manne. Schon vor 4 Jahren hatte sich in der Regio sublingualis ein jetzt hühnereigrosses Lipom zu entwickeln begonnen, während die Entwickelung der symmetrisch hinter beiden Ohren gelegenen Tumoren auf 2 Jahre zurück datiert wird.

6. Der zweite von Lücke beobachtete Fall symmetrischer Lipome betraf einen 32jährigen Mann, bei dem sich innerhalb 5 Jahren eine diffuse Geschwulst am Halse entwickelt hatte. Vorn zeigt sich ein mächtiges Doppelkinn, das fast bis zum Brustbein herabreicht. Der Fettwulst zieht ringförmig um den ganzen Hals herum und steigt hinter den Ohren empor mit nach oben divergierenden Schenkeln. Ausser diesem hat Patient auf jeder Seite der Wirbelsäule in der Gegend des ersten und zweiten Brustwirbels 2 symmetrisch gelegene Lipome von der Grösse eines Hühnereies und vorn in der Fossa jugularis eine diffuse mediangelegene lipomatöse Anschwellung.

7. Curling[3]) fand bei der Sektion eines 10jährigen idiotischen Mädchens symmetrische Lipome zu beiden Seiten des Halses, nach aussen von den Kopfnickern, und ähnliche, aber kleinere, wenig begrenzte Tumoren vorn in jeder Achselhöhle. Die Anschwellungen waren nicht von einer Kapsel umgeben und hatten lockere, lobuläre Struktur.

8. Auch bei dem zweiten Falle Curling's (ibidem) handelt es sich um ein Mädchen von exquisit idiotischem Aussehen. An beiden Seiten des Halses lagen weiche symmetrische, ovale Anschwellungen in schräger Richtung vom Rande des M. Trapezius nach der Mitte der Clavicula zu. Das Kind starb, 7 Monate alt, und die Sektion bestätigte, dass die Geschwülste am Halse aus oberflächlichen Anhäufungen von Fettgewebe bestanden ohne Umhüllung mit den umliegenden Teilen locker verbunden.

9. Fieber[4]) beschrieb einen Fall von Lipoma multiplex symmetricum bei einem 34jährigen Dienstmädchen. Es fand sich jederseits je eine die Gegend des Schulterblattes, Schultergelenkes, des äusseren Drittels vom Schlüsselbeine und der oberen zwei Drittel des Oberarms umfassende Ge-

1) Referiert aus Gazette de Strasbourg. Vol. IV. Nr. 59. p. 16.
2) Ref. von Laskarides, s. o.
3) Med.-chir. Transactions. Vol. XXXIII, ref. von Laskarides.
4) Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Bd. XIV. p. 361.



schwulst. Ausser diesen beiden grossen Geschwülsten fanden sich noch zwei ähnlich beschaffene, zu beiden Seiten der Wirbelsäule, ungefähr von der Höhe des unteren Schulterblattwinkels bis gegen den Darmbeinkamm herabreichend. Nebst diesen 4 symmetrisch gelegenen Tumoren sieht man noch in der Gegend der Dornfortsätze der unteren Halswirbel eine weiche, zitronengrosse Geschwulst. Sehr interessant ist dieser Fall auch wegen einer sehr ungleichmässigen Verteilung des gesamten Panniculus adiposus, so dass gewisse Körperdistrikte ganz fettarm, andere Distrikte sehr fettreich waren; die fettreichsten Stellen wurden durch die genannten symmetrischen Lipome des subkutanen Fettgewebes repräsentiert, so dass man bei jenen als Geschwülste imponierenden Stellen auch von einer circumscripten Lipomatose sprechen könnte.

10. Remy[1]) beschreibt unter der Bezeichnung „Lipomes intramusculaires symmetriques“ einen Fall von symmetrischen Lipomen im Verlauf des M. biceps brachii.

Dort wo der lange Kopf in den Muskelbauch übergeht, bemerkt man bei der Kontraktion des Muskels eine 2 cm dicke Anschwellung, welche bei der Ruhe des Muskels nicht sichtbar, wohl aber fühlbar blieb; der Tumor war nicht mit der Haut verwachsen, sondern deutlich im festen Zusammenhang mit den Muskeln. Seine Konsistenz war weich und pseudofluktuierend. In der Mitte des Muskels fühlte man einen Tumor von der Grösse zweier Mandeln. Nach dem Tode des Pat. ergab die Sektion, dass die Tumoren unterhalb der Muskelsubstanz gelegene, gleichgrosse Fettgeschwülste waren.

11. und 12. Clutton[2]) berichtet über 2 Fälle symmetrischer Lipome bei Frauen im Alter von 43 resp. 48 Jahren. Bei der ersteren hatten sich in grosser Anzahl und genau symmetrischer Anordnung seit 3 Monaten kleine, flache und unter der Haut leicht verschiebbare Knoten an den Streck- und Beugeseiten beider Vorderarme entwickelt. Die zweite Frau bemerkte die Entstehung ihrer Geschwülste schon vor 12 Monaten. Das Wachstum war ein sehr rapides; ausser einem grossen Lipom des Rückens fanden sich zahllose, symmetrische Knoten auf beiden Vorderarmen von der Grösse einer Erbse bis zu der einer Wallnuss.

13. Ein weiterer ebenfalls von Clutton[3]) beobachteter Fall betrifft einen 44jährigen Mann, der erst vor 5 Wochen an seinem Hinterkopfe 2 Tumoren bemerkt hatte, die nur wenig gewachsen sein sollen. Dieselben sassen symmetrisch zu beiden Seiten des ligamentum nuchae, und erstreckten sich nach aufwärts bis zur linea semicircularis super. occipitis, nach abwärts und vorn bis zum Ansatz des Sternocleidomastoideus. Et-

1) Bullet de la Soc. anat. de Paris 1876, p. 136.

2) St. Thomas-Hospital, Reports. Vol. X. 1879, p. 69, ref. von Grosch. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg 26.

3) St Thomas-Hospital, Reports. Vol. XI. 1881, p. 54, ref. v. Grosch, s. o.

was weiter nach unten, seitwärts vom Prozess. spinos. vertebr. VII fanden sich 2 weitere gleichfalls symmetrische Lipome. Auch die beiderseitigen Unterkiefergegenden waren von einer Reihe von Geschwülsten okkupiert, die mit den vorigen zusammen Hals und Nacken gleichsam wie ein Halstuch einschlossen; auch letztere Geschwülste waren deutlich von einander abgegrenzt und liessen eine reguläre Abkapselung vermuten. Der ganze Rücken war mit Geschwülsten von der Grösse einer Nuss bis zu der einer Orange besetzt, die im allgemeinen auch symmetrisch gruppiert waren. Auch bei den Lipomen des Abdomens machte sich eine sehr bemerkenswerte Symmetrie geltend; unmittelbar unter dem Nabel sassen zu beiden Seiten der Linea alba zwei leicht prominierende Geschwülste von mehr diffuser Beschaffenheit, jedoch immer noch deutlich abgekapselt; dagegen fanden sich oberhalb des Nabels den vorigen entsprechend gelegene Lipome, die sich von dem umliegenden Gewebe nicht mehr abgrenzen liessen und gewissermassen eine Uebergangsform von einer starken subkutanen Fettpolsterung zu einer legalen Geschwulstbildung darstellten. Endlich fand sich noch je ein kleines Lipom in den Ellenbeugen.

14. H. A. Smith[1]) fand bei einem 62jährigen Manne zahlreiche Lipome von der Grösse einer Wallnuss bis zu der einer Orange, die in nahezu symmetrischer Anordnung sich über die Extremitäten und das Abdomen ausbreiten. An den Extremitäten sind die Beuge- und Ulnarseite der Arme, die Streck- und Innenseite der Oberschenkel bevorzugt. Die Entstehung der Geschwülste wurde schon vor 40 Jahren bemerkt.

15. Prichard[2]) berichtet ohne Angabe des Alters und Geschlechts über einen Fall multipler symmetrischer Lipome. Es bestanden 10 Lipome, sämtlich an den Extremitäten, seit 25 Jahren, ohne sich in dieser Zeit erheblich verändert zu haben. Von Zeit zu Zeit war mit einer Abnahme des übrigen Körperfettes auch eine Verkleinerung der Tumoren eingetreten.

16. v. Wahl[3]) beobachtete bei einem 46jährigen Mann multiple Lipome in ziemlich symmetrischer Weise auf Ober- und Vorderarme, Abdomen, Gesäss und Oberschenkel lokalisiert. Die Grösse schwankt von der einer Erbse bis zu der eines Hühnereies. Die Gesamtzahl der Geschwülste belief sich auf 25; sämtliche waren locker und verschiebbar in dem subkutanen Gewebe. Zeit ihrer Entstehung ist unbekannt.

17. Der zweite von v. Wahl beobachtete Fall erinnert in mancher Hinsicht an die von Fieber gemachte Mitteilung: auch hier handelt es sich um ein weibliches Individuum, eine 42jährige Bäuerin, bei der ebenfalls sehr fettreiche mit sehr fettarmen Körperstellen abwechseln, und neben einer grossen Zahl asymmetrischer Lipome eine Reihe mehr diffuser

1) British med. Journal 1881. Vol. I. p. 193.
2) British med. Journal 1881. Vol. I. p. 271.
3) Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. 26.

symmetrischer Fettanhäufungen sich vorfand. An den oberen Extremitäten fiel sofort eine merkliche Anschwellung auf, die beiderseits vollkommen symmetrisch die laterale und hintere Fläche der Oberarme von der Schulterwölbung bis hinab 3 Querfinger breit über der Ellenbeuge eingenommen hatte und diese Gebiete polsterartig vorwölbte; es handelte sich um eine reichlichere Fetteinlagerung im panniculus adiposus, der im Gegensatz hierzu an der medialen Seite des Oberarmes wieder sehr fettarm erschien. Während wiederum das Fettpolster an den lateralen Seiten der Oberschenkel und teilweise auch am Gesäss eine stärkere Volumzunahme erfahren hatte, machte das Unterhautzellgewebe der Vorderarme wie der Unterschenkel denselben Eindruck der Atrophie. Wir haben es also auch in diesem Falle neben ausgesprochenen wirklichen Tumorbildungen mit einer Lipomatosis circumscripta zu thun.

18. Noch ein weiterer Fall aus der Dorpater chirurg. Klinik (ref. ibidem) verdient Erwähnung: Er betraf einen 45jährigen Patienten, um dessen Rumpf sich ein vollständiger Gürtel von Tumoren zog; auch an den Extremitäten fanden sich symmetrische Lipome. Die Gesamtzahl der Geschwülste betrug 106; ihre Grösse schwankte von Erbsen- bis Taubeneigrösse und darüber. Es liess sich weder ein hereditäres Verhältnis konstatieren, noch eine besonders starke allgemeine Adipositát.

19. Der erst vor kurzem von Sprengel[1]) im Dresdener Kinderhospital beobachtete Fall von „Lipoma symmetricum multiplex der Sehnenscheiden", der als ein sehr seltener Fall in der Lehre von den gutartigen Geschwulsten und den Erkrankungen der Sehnenscheiden bezeichnet werden darf, betraf ein 10jähriges Mädchen Elise Hässner, welche seit 2 Jahren an einer ganz allmählich auftretenden Schwellung beider Fussgelenke litt, welche die Fortbewegung schliesslich ganz unmöglich machte. In der Gegend der Fussgelenke beiderseits fand man entsprechend den Sehnen der Peronei und Extensores digitor. commun. long. länglich geformte Anschwellungen, welche schmerzlos auf Druck, keine Krepitation, keine Fluctuation darboten. Nach breiter Eröffnung der Sehnenscheiden ergab sich, dass die Ausweitung der Sehnenscheiden durch Lipome bedingt war. Ganz analoge Verhältnisse fanden sich symmetrisch an den Sehnenscheiden der Extensores digit. comm. long., an denen später ebenfalls die Exstirpation der Fettgeschwülste vorgenommen wurde. Es ist dieser Fall um so bemerkenswerter, als von den Sehnenscheiden überhaupt nur sehr selten Geschwülste ihren Ursprung nehmen[2]). Sprengel hält für den Ausgangspunkt der Sehnenscheidenlipome das sog. Mesotenon, das schon normal ziemlich fettreich ist, jene Duplikatur, welche „sich zur Sehne wie das Mesenterium zum Darm verhält".

1) Centralblatt für Chirurgie 1888, Nr. 9.

2) Czerny, Zwei Fälle von Sarkom der Sehnenscheiden, in Langenbeck's Archiv. Bd. X, p. 901

20. Ein Analogon zu dem letzten Fall ist neuerdings von Haumann [1]) beschrieben: Es handelte sich um ein Lipoma aborescens in der Sehnenscheide des Extens. digitorum comm. bei einem 27jährigen Fassbinder, und zwar symmetrisch an beiden Händen. Jederseits bestand auf dem Handrücken eine Geschwulst, dicht unterhalb des Handgelenkes beginnend, bis etwa in die Mitte des Os metacarpi III und IV reichend, weich elastisch, deutlich fluktuierend, die Bewegungen der Sehne mitmachend. Bei der Operation erwies sich die Affektion als ein feinzottiges Lipoma aborescens, wesentlich dem stark verdickten parietalen Blatt der Sehnenscheide aufsitzend.

21. Madelung [2]) beschreibt 3 Fälle eigner Beobachtung mit symmetrischer Lokalisation. Bei einem 53jährigen Manne fanden sich in der Nackengegend beiderseits, und ebenso unter dem rechten Ohre Lipome. Die eine Nackengeschwulst hatte sich vor 12, die rechtseitige vor 11 Jahren entwickelt.

22. Der zweite von Madelung beobachtete Fall betraf einen 66jährigen Arbeitsmann. Vor 20 Jahren bildete sich eine erste Geschwulst unterhalb des rechten Ohres, dann eine zweite, symmetrisch gelegen, unter dem linken Ohre; dann entstanden die Nackengeschwülste, die den Hals ringförmig umgaben.

23. Bei dem dritten Kranken Madelung's, einem 59jährigen Landwirt, datiert der Beginn der Geschwulstbildung am Halse 23 Jahre zurück. In der Haut der Oberarme, auf dem Rücken, auf der Vorderseite der Brust, um die Mamillae fand sich eine beträchtliche Anzahl von Fettklumpen, von welchen keiner Hühnereigrösse überstieg. Die Halsgeschwülste, die ursprünglich Taubeneigrösse hatten, vergrösserten sich langsam zu bedeutenden Dimensionen.

24.—25. Ausser den vorstehenden 23 mir genauer bekannt gewordenen Fällen sind noch 2 weitere Beobachtungen hinzuzufügen, welche ich in Brohl's [3]) Statistik der Lipome aufgeführt finde. So soll Bowman einen Fall von symmetrischen Lipomen in den Augenlidern und Morel-Lavallée einen solchen der Kniekehlen beschrieben haben.

Die 5 folgenden Fälle symmetrischer Lipome (Nr. 26 bis 30) kamen in der Heidelberger chirurg. Klinik zur Beobachtung.

Erster Fall.

August Wassmer, ein 31jähriger Eisenbahnassistent aus Radolfzell, wurde am 5. Januar 1885 in die Klinik aufgenommen. Patient litt viel

---

1) Ueber Gelenklipom, Lipoma arborescens u. Sehnenscheiden lipomatose Inaug.-Dissert. Bonn 1887. Centralbl. für Chirurg. Nr. 17. 1888.

2) Langenbeck's Arch. f. klin. Chir. Bd. 37, p. 106.

3) Brohl. Zur Statistik der Lipome. Inaug.-Dissert. Würzburg 1886.

an Schweissen, besonders Fussschweissen; vor 4 Jahren verlor Patient den Fussschweiss, angeblich in Folge eines kalten Bades, und bald danach soll ein Arzt zufällig die erste Geschwulst am linken Oberschenkel entdeckt haben. Später traten weitere Geschwülste an verschiedenen Körpergegenden auf. Spontane Schmerzen gehen nie von denselben aus, nur belästigen sie etwas infolge Druck und Reibung der Kleider.

Status praes. Kräftig gebauter, gut genährter Mann. Lungengrenzen erweitert. Herz normal, ebenso die Bauchorgane. Unter der Haut der Ober- und Vorderarme, des Bauches, des Rückens, der Sacralgegend, der Oberschenkel finden sich Erbsen- bis Kastaniengrosse Geschwülste, von derber Konsistenz, die grössten von lappigem Bau; dieselben sind gegen die bedeckende Haut nur wenig, gegen die Unterlage sehr gut verschieblich, und bei Druck nicht schmerzhaft. Einzelne zeigen eine genau symmetrische Anordnung, so an den Trochant. majores, an der Radialseite beider Vorderarme, während wieder andere die Symmetrie vermissen lassen.

Am 6. Januar wurden in Narkose 2 Geschwülste an der linken Trochantergegend exstirpiert; dieselben erwiesen sich als typische Lipome, welche gut isolierbar im Panniculus adiposus sitzen.

Am 16. Januar wurde Patient mit primär geheilter Wunde aus der Behandlung entlassen.

Zweiter Fall.

Valentin Höflinger, 53jähriger Bader aus Hambach, trat am 3. Dez. 1885 in die Klinik ein. Patient war bisher angeblich immer gesund; in seiner Familie soll ein ähnliches Leiden nie vorgekommen sein. Vor ungefähr 2 Jahren entstand hinter dem rechten Ohre ohne nachweisbare Ursache eine Geschwulst, die innerhalb eines Jahres von der Grösse einer Haselnuss bis zu der eines Gänseeies heranwuchs, ohne aber jegliche Beschwerden zu verursachen. Im Sommer 1884 begann sich links neben der ersten Geschwulst eine weitere, bis unter das linke Ohr reichende, und rechts eine dritte Geschwulst auszubilden, die besonders in den letzten Wochen rapid angewachsen sein sollen.

Status praes. Patient ist ein kräftiger Mann mit gesunden inneren Organen, ziemlich starker Entwickelung des Pannicul. adiposus. Der Hals, dessen grösster Umfang 44 cm beträgt, erscheint stark verbreitert durch symmetrisch angeordnete Geschwülste, welche vom Nacken her nach den Seiten zu entwickelt sind. Beim Betrachten von hinten sieht man zu beiden Seiten je 2 Geschwülste, welche mit ihren Axen zusammen ein X bilden. Als Mittelpunkt des Kreuzes ist anzusehen eine 6 cm lange Strecke, deren untere Grenze sich am Dornfortsatz des 4. Halswirbels befindet. Von hier erstreckt sich nach dem rechten Ohre schräg aufsteigend eine 15 cm lange, in der Richtung nach dem linken Ohre eine

10 cm lange, nach links unten bis an den Sternocleidomastoideus eine 19 cm lange, nach rechts unten bis an den gleichen Muskel reichend



eine 12 cm lange Geschwulst. Im Ganzen ist die rechte obere Geschwulst stark faustgross, die rechte untere gänseeigross, die linke untere wieder stark faustgross, dagegen die linke obere nicht ganz gänseeigross. Die untere äussere Grenze der Tumoren liegt in der Höhe des unteren Randes des Schildknorpels, während sie nach oben ein Finger breit unter dem Unterkieferwinkel bleiben. Die Geschwülste sind von ziemlich fester Konsistenz, stellenweise mehr elastisch, an anderen Stellen wieder derber sich anfühlend; die unteren sind frei beweglich, die oberen, welche sich mehr unter die Haut des Hinterkopfes erstrecken, etwas weniger verschieblich. Die Haut ist überall in Falten aufhebbar, nirgends gerötet; nur an der Stelle, wo die Kopfhaut an die Geschwülste ansetzt, befindet sich ein leicht geröteter Streifen, woselbst auch die Cutis sich etwas derber anfühlt und mit reichlicher Schuppenbildung versehen ist.

Weitere symmetrische, stark hühnereigrosse, weiche Geschwülste von derselben Beschaffenheit der Haut liegen in beiden fossae supraclaviculares. Auffällig ist ferner eine riesige Fettentwickelung an den oberen Teilen der Streckseiten der Oberarme, wo der Panniculus adiposus fast tumorhaft sich darstellt. Dass es sich auch bei den eigentlichen Geschwülsten um Lipome handelt, konnte natürlich nicht zweifelhaft sein.

Am 5. Dezember wurde die Operation der Nackengeschwülste vorgenommen. Es wurde zunächst die linke obere Geschwulst durch einen derselben parallelen Schnitt incidiert, und zeigte sich dabei das Lipom aus vielen kleinen Läppchen zusammengesetzt, die teils über, teils unterhalb der Fascie sich entwickelt hatten, in die Muskelinterstitien hineindrangen, wodurch die Geschwulst sehr schlecht abgegrenzt erschien.

Nachdem auch die linke untere Geschwulst exstirpiert war, wurden die rechte untere und obere durch einen gemeinsamen Schnitt freigelegt. Auf beiden Seiten kam der hintere Rand des Sternocleidomastoideus und Splenius zum Vorschein, rechts wurde auch der Cucullaris aufgedeckt, sowie ein in die Geschwulst eintretender Zweig eines Nerven (accessorius?) durchschnitten. Grössere Gefässe kamen nicht zum Vorschein. Naht, Jodoform-Gazeverband. Der Wundverlauf war ein völlig reaktionsloser; am 9. Dez. wurden die meisten Nähte und alle Drains, am 12. Dez. die letzten Nähte entfernt; es war vollständige Heilung per prim. intent. eingetreten. Hinter dem rechten Ohre liess sich eine Sensibilitätsherabsetzung nachweisen. Die Schulteraktion war frei. Zwei haselnussgrosse Geschwulstknoten sind zurückgeblieben.

Am 21. Juni 1888 hatte ich Gelegenheit, den Patienten wieder zu sehen: Es fand sich keine Spur von Recidiv der symmetrischen Nackengeschwulst; dagegen war der linke Arm leicht paretisch, und soll nach Aussage des Patienten bei Witterungswechsel oft krampfhaft zucken, ob dies eine Folge der Geschwulstexstirpation und vielleicht mit einer Schwäche des Accessorius zusammenhängt, ist wohl zweifelhaft.

Dritter Fall.

Der dritte der in der Heidelberger Klinik beobachteten Fälle symmetrischer Lipome betraf einen 28jährigen Kaufmann, Christoph Kinkel aus New-York. Derselbe war nie erheblich krank; auch kamen in seiner Familie nie Geschwulstbildungen vor. Schon als Kind will er 2 symmetrisch gelegene erbsengrosse Geschwülstchen an den Vorderarmen gehabt haben. Seit 4 Jahren bildeten sich an oberen und unteren Extremitäten eine grössere Anzahl flacher symmetrischer Geschwülste aus, die langsam, schmerzlos wuchsen, während sich gleichzeitig auch die seit Kindheit beobachteten „Knöllchen" vergrösserten. Zuletzt traten die an beiden Oberschenkeln gelegenen Geschwülste auf.

Status praes.: Patient ist von sehr kräftigem Körperbau; die Haut ist ohne auffallende Pigmentierungen, die inneren Organe sind gesund. An beiden Vorderarmen finden sich symmetrisch, auch fast vollkommen in der Grösse übereinstimmend in dem Unterhautzellgewebe, auf der Unterlage leicht verschieblich, mehrere Tumoren, von denen einer halbhühnereigross am Aussenrande des Supinator longus gelegen ist, ein zweiter etwas kleinerer über den Flexoren der Finger, ein dritter mehr lappiger an dem ulnaren Rande des Vorderarmes; die Länge des letzteren beträgt 7 cm, dessen Breite 5½ cm; über demselben befinden sich einige ectatische Venen. Dasselbe Bild bietet sich in gleicher Weise am rechten wie linken Vorderarme, nur dass am letzteren der mehr radialwärts gelegene Tumor auffallend klein ist. Am Oberarme finden sich beiderseits über dem Epicondylus internus, am vorderen Rande des Ligament. intermuscular. intern. 2 zirka pflaumengrosse gleichartige Tumoren, ferner

2 wiederum symmetrisch gelegene, etwa kirschgrosse Tumoren an der Aussen- und Vorderseite beider Oberschenkel, etwa 20 cm oberhalb des oberen Patellarandes.

Nach Wunsch des Patienten wurden am 2. Juli 1887 von Herrn Geh.-Rat Czerny sämtliche Geschwülste in einer Sitzung exstirpiert; dieselben erwiesen sich als typische, gut abgekapselte Lipome. Der Wundverlauf war ohne alle Komplikationen; es erfolgte rasche Heilung p. prim. intent., so dass Patient bereits am 7. Juli entlassen werden konnte.

Vierter Fall.

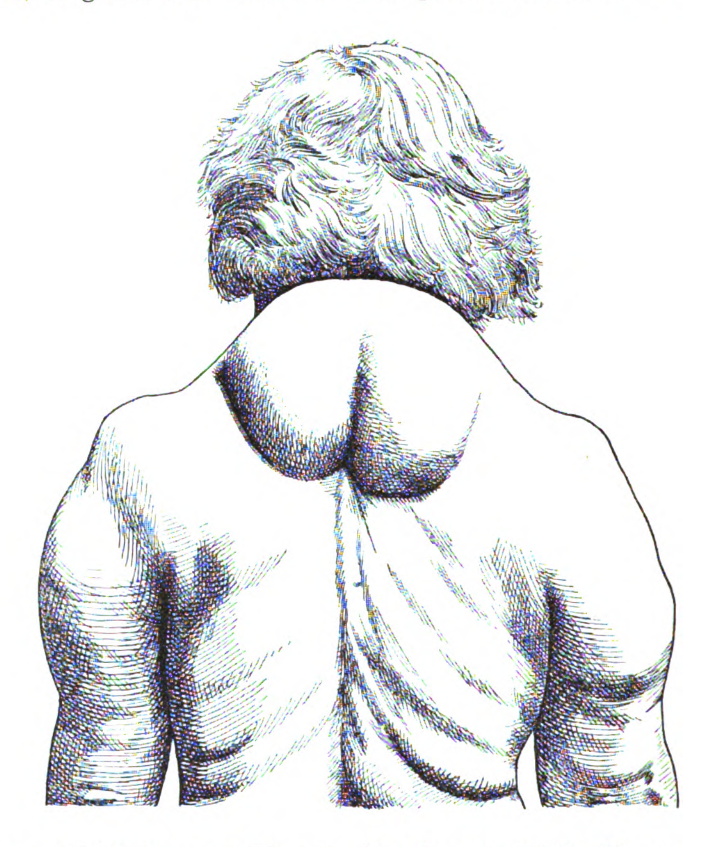
Die 15jährige Katharine Schuhmacher, aus Sippersfeld, trat am 2. Juni 1888 in die Klinik ein: Ausser einigen Deformitäten an den beiden oberen Extremitäten brachte Patientin eine kleine, sich weich anfühlende Nackengeschwulst mit zur Welt, die langsam bis zur jetzigen Grösse heranwuchs. Sonst will sie stets gesund gewesen sein.

Stat. praes.: Kleines blondes Mädchen mit stupidem Gesichtsausdruck, Strabismus convergens, grazilem Knochenbau, stellenweise stark, stellenweise mässig entwickelter Muskulatur und reichlichem Panniculus. Es besteht eine Asymetrie des Körpers, insofern die linke Gesichtshälfte stärker entwickelt ist als die rechte, die linke Schulter höher steht als die rechte. Am Nacken beiderseits, doch links mehr als rechts, in der Mitte konfluierend und allmählich in die Umgebung übergehend, finden sich annähernd symmetrisch über Mannsfaustgrosse subkutane leicht verschiebliche Lipomknoten. In der rechten Brustseite entspricht dem Verlaufe der V.—VIII. Rippe eine 14 cm lange, 7 cm breite teleangiectatische blaurothe Hautstelle. In derselben Höhe vorn in der Parasternallinie sieht man mehrere erbsen- bis 20-Pfennigstückgrosse Flecke gleicher Beschaffenheit. Die Mammae sind für das Alter schon übermässig entwickelt. An beiden oberen Extremitäten bestehen wahre Muskelhypertrophieen, und Missbildungen des Skelettes: Ausser einer rechtsseitigen kongenitalen Luxation des Radius fand sich beiderseits manus valga. Die Köpfchen der Metacarpalia sind durch die starke, fast rechtwinkelige Palmarflexion der Finger stark vorspringend. Daumen beiderseits volarwärts subluxiert, bedingt durch eine entsprechende Verschiebung des ersten Metacarpale. Die rechte Hand wird abduciert, ebenso die Finger der linken Hand, die stellenweise übereinander gelagert erscheinen. Die am 12. Juni ausgeführte Exstirpation der Lipomknoten führte zu einer raschen Heilung.

Fünfter Fall.

Endlich fand ich noch im Ambulanz-Tagebuch der Heidelberger chirurg. Klinik notiert, dass sich bei einem 64jährigen Patienten, Namens Engelbert Weiss, grosse symmetrische Lipome fanden an Hals, Nacken, Schulter, Mammae und Oberarmen. —

Was die Häufigkeit des Vorkommens symmetrischer Lipome betrifft, so gibt Brohl in seiner oben genannten Statistik an, dass



er unter 391 Fällen von Lipomen 12mal symmetrische Lipome fand. Jedenfalls entsprechen diese Zahlen nicht den wirklichen Verhältnissen, da zahlreiche Fälle solitärer und auch multipler Lipome nicht veröffentlicht werden, dagegen wohl fast alle Fälle der seltenen symmetrischen Lipome. Laskarides konnte im Jahre 1878 nur 9 Fälle symmetrischer Lipome in der ganzen Litteratur auffinden; Grosch berichtet von nur 15 in der ganzen Litteratur zerstreuten Fällen. Natürlich sind auch die 30 Fälle, die ich zusammenstellen konnte, nicht hinreichend, um aus ihnen auf statistischem Wege allgemeinere Eigenschaften der symmetrischen Lipome, durch die sie sich etwa von den gewöhnlichen Lipomen unterscheiden würden, mit einiger Sicherheit abzuleiten; dazu gehört eben ein grösseres Material.

Was das Geschlecht der Patienten anlangt, so kamen auf 19 Männer nur 8 Frauen, was etwa dem Verhältnisse von 2:1 entsprechen würde, während erwiesenermassen gerade das weibliche Geschlecht mehr zur Lipombildung disponiert ist als das männliche, und gewöhnlich das umgekehrte Verhältnis 1:2 als der Wirklichkeit entsprechend angenommen wird.

Die meisten Patienten standen zur Zeit der Beobachtung in dem Alter zwischen 30—50 Jahren; es ist dies in Uebereinstimmung auch mit den sonstigen Angaben über die Zeit des Auftretens der meisten Lipome, sowie allgemeiner Fettleibigkeit. Von 21 betrafen nur 4 Fälle Kinder unter 10 Jahren; doch haben einige der Erwachsenen die Angabe gemacht, dass die Anfänge der Geschwulstbildung schon vor langer Zeit beobachtet wurden; einmal wurde der Beginn des Leidens auf die früheste Kindheit datiert; ein anderer Patient will schon seit 40 Jahren, ein dritter seit 25 Jahren, ein vierter seit 23 Jahren mit den Tumoren behaftet sein.

Meist entwickelten sich die Lipome ziemlich langsam von kleinen Knötchen bis zu mässigen Dimensionen; die Riesenlipome, wie sie sonst vereinzelt auftraten, kamen in symmetrischer Anordnung noch nicht zur Beobachtung; manchmal soll das Wachstum der symmetrischen Lipome ein sehr rapides gewesen sein.

Was den anatomischen Bau betrifft, so kommen auch die symmetrischen Lipome wie die solitären sowohl in circumskripter, durch eine Art Bindegewebskapsel von der Nachbarschaft abgegrenzter Form, als auch in diffuser Form ohne deutliche Abgrenzung, d. h. als auf symmetrische Körperteile beschränkte Fettsucht vor; einigemale fanden sich sogar bei einem und demselben Individuum die circumskripte und diffuse Form nebeneinander. Erwähnenswert ist noch, dass 2mal (Fälle von Fieber und von v. Wahl) eine höchst auffällige ungleichmässige Verteilung des gesamten Unterhautfettgewebes bestand, neben sehr fettreichen Körperbezirken sich fast vollständig fettlose fanden.

Die meisten symmetrischen Lipome hatten ihren Sitz im Unterhautfettgewebe; einmal kamen symmetrische Lipome im Verlauf, resp. unterhalb eines Muskels zur Beobachtung, 2mal nahmen sie ihren Ursprung von den Sehnenscheiden. Wenn wir das topographische Verhalten der symmetrischen Lipome berücksichtigen, so waren auffallend häufig die Extremitäten ergriffen, die bekanntlich im Allgemeinen nicht der Lieblingssitz von Fettgeschwülsten sind. Unter den 30 Fällen fanden sich symmetrische Lipome:

Am Nacken	in	12	Fällen
An den Oberarmen	„	12	„
Am Rücken	„	10	„
An den Vorderarmen	„	9	„
„ „ Oberschenkeln	„	8	„
Am Hals	„	8	„
„ Abdomen	„	7	„
An der Brust	„	5	„
Am Gesäss	„	4	„
Im Gesicht	„	3	„
In den Achselhöhlen	„	2	„
An den Unterschenkeln	„	1	Falle
„ „ Ellenbogen	„	1	„
„ „ Kniekehlen	„	1	„
„ „ Händen	„	1	„

Wir ersehen hieraus, dass das Frequenzverhältnis der symmetrischen Lipome an den einzelnen Körperregionen so ziemlich übereinstimmt mit den sonst auch für die gewöhnlichen Lipome gemachten Zahlenangaben; die Hände, die nur sehr selten Sitz solitärer Lipome sind, waren auch nur einmal von den symmetrischen ergriffen. Die Füsse waren stets verschont.

Bezüglich der Aetiologie der symmetrischen Lipome bewegen wir uns noch vollständig auf dem Gebiete der Hypothesen. Ein hereditäres Verhältnis, wie dies bei solitären Lipomen in seltenen Fällen bestand, derart, dass durch mehrere Generationen einer Familie hindurch ihr Auftreten beobachtet wurde, konnte bei keinem Falle der symmetrischen Lipome eruiert werden. Auch ist aus den Mitteilungen der Autoren nicht ersichtlich, ob die bei Kindern, speziell bei dem 6monatlichen Mädchen Curling's beobachteten symmetrischen Geschwülste bereits angeboren waren. Interessant bezüglich der noch zweifelhaften kongenitalen Natur der symmetrischen Lipome ist aber die neueste Beobachtung aus der Heidelberger chirurg. Klinik, wo sich bei einem 15jährigen Mädchen symmetrische Lipome vorfanden, angeblich seit der Geburt bestehend, und neben ganz sicheren angeborenen Missbildungen, einem grossen Feuermal und Deformitäten des Skelettsystems.

Nirgends wird eines Traumas als ätiologischen Momentes Erwähnung gethan; es wäre auch schwer verständlich, wie solche Dinge sich in multipler und gar symmetrischer Weise geltend machen könnten. Etwa Druck und Reibung der Kleidungsstücke,

die gerade an symmetrischen Körperstellen in gleicher Weise zur Wirkung kämen, zu beschuldigen, dass sie einen chronischen Reiz darstellen könnten, der hinreichend wäre, um an den betreffenden Stellen Lipome zu erzeugen, eine solche Annahme wäre jedenfalls sehr gewagt. Einer der in der Heidelberger chirurg. Klinik behandelten Patienten gab allerdings an, dass ihn die symmetrischen Tumoren durch Druck und Reibung der Kleider belästigen; daraus können wir aber natürlich nicht schliessen, dass auch schon vor dem Auftreten der Geschwülste eine Belästigung, wenn ich den Ausdruck gebrauchen darf, der betreffenden Gewebe in der angedeuteten Weise stattgefunden habe, worauf dieselben mit einer Fettwucherung reagiert hätten. Ich glaube nicht, dass wir uns die symmetrischen Lipome (ebensowenig wie andere Geschwülste) als durch äussere mechanische Momente entstanden denken können, selbst wenn wir des früher bereits erwähnten Satzes von Mackenzie über die Gleichmässigkeit der örtlichen Verhältnisse an symmetrischen Hautstellen gedenken; denn wir können uns nicht vorstellen, welche äussere mechanische Reize gerade an multiplen symmetrischen Hautstellen ihren Angriffspunkt nehmen könnten.

Sprengel glaubte in seinem Falle von Lipoma symmetricum multiplex der Sehnenscheiden annehmen zu können, dass irgend welche an mehreren Sehnenscheiden gleichzeitig eingetretene Veränderungen, die nach den etwas unklaren anamnestischen Angaben in chronisch-reumatischen Reizzuständen bestanden haben mögen, die Lipombildung veranlasst habe; doch ist mit dieser Annahme die Symmetrie der Erscheinung unserem Verständnisse um nichts näher gerückt.

Entweder müssen wir zur Erklärung der symmetrischen Lokalisation gewisse Lipome, insbesondere die diffusen, als ihrem Wesen nach mit der allgemeinen Fettsucht identisch betrachten, wozu entschieden eine Berechtigung vorliegt (Grosch) oder wir müssen auf eine nervöse Störung zentralen Ursprungs rekurrieren.

Wie wir nun bei allgemeiner Polysarcie beobachten, dass symmetrisch gelegene Körperbezirke stets in ganz gleichen Proportionen von der Anhäufung des Fettgewebes betroffen werden, so dürfte es auch, die prinzipielle Gleichheit von Fettsucht und Lipombildung vorausgesetzt, nicht befremden, dass auch in den als multiple symmetrische Lipome zu bezeichnenden Fällen von Polysarcie in genau gleicher Weise an symmetrischen Körperstellen die quantitativ gleiche Fettanhäufung stattfindet; es liegt dies jedenfalls an dem

symmetrischen Bau unseres Körpers, resp. unseres Hautorgans. Was eine andere Reihe von symmetrischen Lipomen betrifft, die sich bei fettarmen Leuten entwickeln, so kann man mit Grosch annehmen, dass es sich um das Produkt einer neuropathischen Hautaffektion handelt.

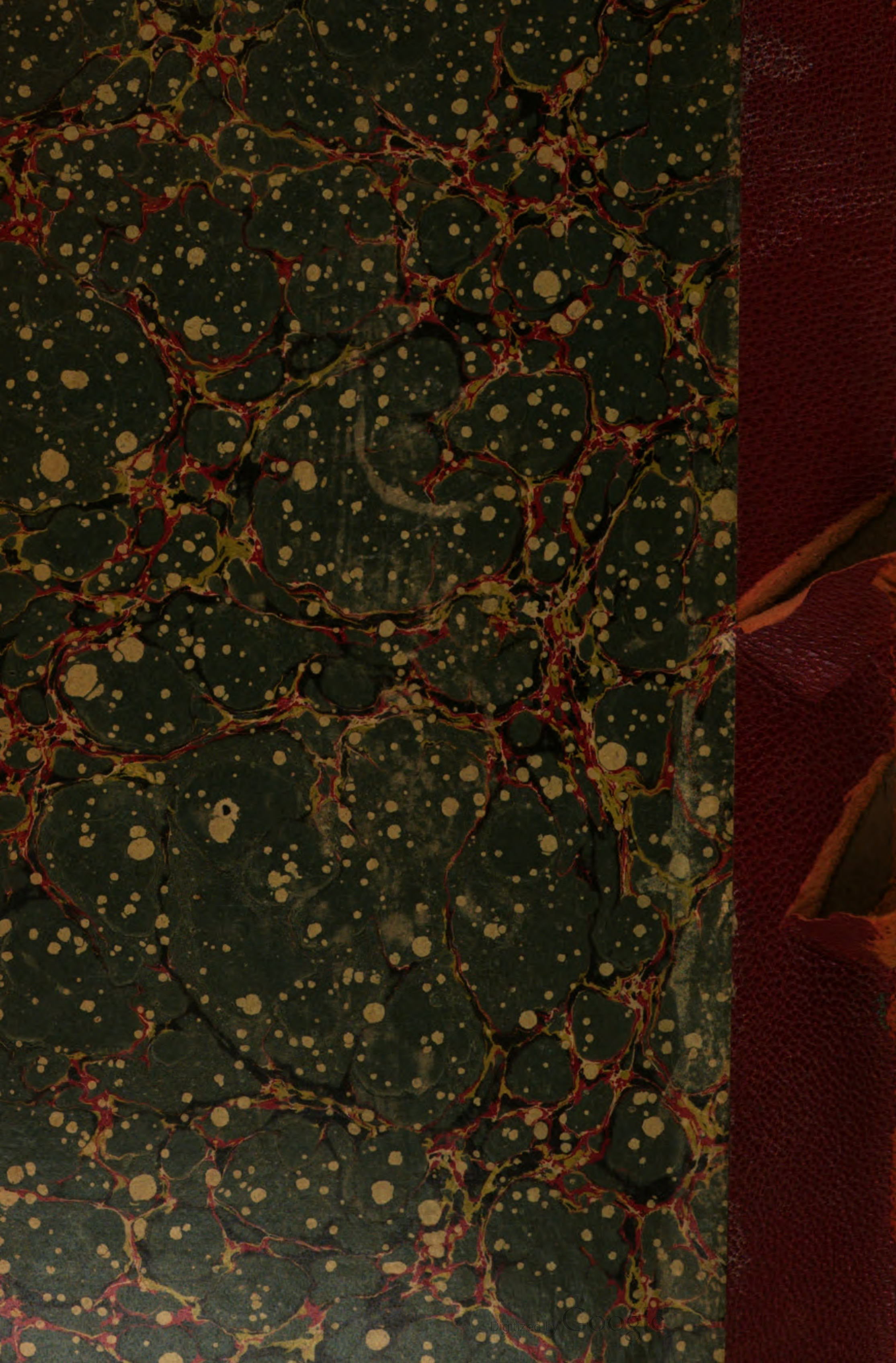
Ich will mit wenigen Worten der originellen Untersuchungen des mehrfach genannten Autors gedenken: Sehr richtig kritisiert Grosch die Cohnheim'sche Lehre, indem er sagt: „Die ausgesprochene Gesetzmässigkeit der Lokalisation, die den Lipomen eigen ist, findet in der Theorie der verirrten embryonalen Geschwulstkeime wohl schwerlich eine befriedigende Aufklärung, da ja der Begriff des Verirrtseins jede Regelmässigkeit und Planmässigkeit geradezu ausschliesst.“ Grosch findet nun, dass die Dichtigkeit der Lokalisation des Lipoms an den verschiedenen Strecken der Haut in einem umgekehrten Verhältnisse steht zur Zahl der in die Haut eingebetteten Talg- und Schweissdrüsen; indem er im Anschluss an Meissner und Unna annimmt, dass die Talg- und Schweissdrüsen neben den Zerfallprodukten des Stoffwechsels auch Fette und deren Derivate hervorbringen, glaubt er, dass die Drüsensekretion für die Anordnung des gesamten Fettpolsters von Wichtigkeit ist, und dass die Massenzunahme des letzteren (sei es als Lipom, sei es als Teilerscheinung allgemeiner Fettsucht) stets an denjenigen Stellen am grössten ist, wo am wenigsten Fett auf dem Wege der Sekretion auf die Hautoberfläche abgeführt wird.

In konsequenter Verfolgung seiner Lehre bringt Grosch nun die Symmetrie der Lipome in Zusammenhang mit der in beiden Körperhälften symmetrischen Verteilung der Hautdrüsen, die vielleicht eine nervöse Störung zentralen Ursprungs mit Sekretverminderung erlitten haben.

Interessant war mir, dass einer der in der Heidelberger chirurg. Klinik behandelten Patienten mit symmetrischen Lipomen ausdrücklich angab, dass die ersten Geschwülste entstanden seien nach dem plötzlichen Verschwinden von Schweissen, an denen er lange Jahre litt; es würde dies vielleicht obiger Hypothese zur Stütze dienen können.

Die Schlussfolgerung ist, dass wir zur Erklärung der Symmetrie vieler, wenn nicht aller Geschwülste, doch immer wieder auf einen nicht näher definierbaren Nerveneinfluss rekurrieren müssen. Ob es zukünftigen Untersuchungen gelingen wird, diese Hypothese der trophoneurotischen Natur der betreffenden Erscheinung zur Ge-

wissheit zu erheben, mag dahin gestellt bleiben. Jedenfalls wird es notwendig sein, in allen zur Beobachtung kommenden Fällen das Nervensystem im Allgemeinen einer exakteren Untersuchung zu unterwerfen, da wir eben doch nur gestörte, nicht normale Nervenfunktionen als Ursache der symmetrischen Geschwülste ansehen können. Ob es gar möglich sein wird, bei event. Sektionen gröbere Veränderungen des Nervensystems zu konstatieren, oder ob es sich nur um funktionelle Störungen handelt, das sind Fragen, die zu beantworten, wir zur Zeit vollends ausser Stande sind.


Digitized by Google